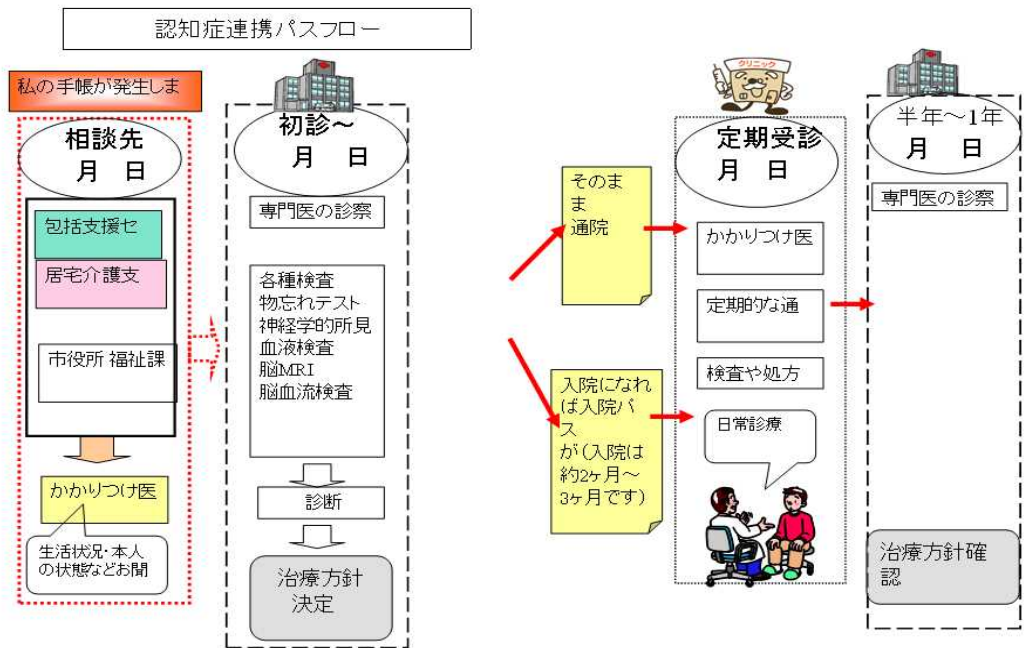


# あったか手帳

地域連携クリティカルパス



開始日  
平成 年 月 日



資料提供: 山田明美氏 (佐久総合病院地域医療連携室)

## 精神科地域連携クリティカルパス(イメージ) —かかりつけ医が精神科紹介時に患者に手渡す—

**表紙**

**表紙裏**

<使い方>  
患者用  
...  
精神科医用  
...

患者・関係者

・患者氏名:  
・かかりつけ医氏名:  
連絡先:  
  
・精神科医氏名:  
連絡先:

**診療情報**  
(かかりつけ医が紹介時に記載)

既往歴

内服薬  
(身体科)

うつ等  
**治療方針**  
(逆紹介時に精神科医が記載)

診断

精神科治療経過

今後の方針

特記事項

クリティカルパスシート本体  
(地域連携診療計画書イメージ)

|            | 逆紹介日 | 1ヶ月 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 処方変更 | 1年 | 処方終結 | ... |
|------------|------|-----|-----|-----|------|----|------|-----|
| 問診・診察(2項目) | ○    | ○   | ○   | ○   | ●    | ○  | ●    | ... |
| 症状評価       |      | ○   |     | ○   | ●    | ○  | ●    | ... |
| 服用状況確認     | ○    | ○   | ○   | ○   | ●    | ○  | ●    | ... |
| 処方薬変更・中止   |      |     |     |     | ●    |    | ●    | ... |

○: かかりつけ医    ●: 精神科医

患者・家族セルフチェックシート  
(アウトカム)

|            | 逆紹介日 | 1ヶ月 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 処方変更 | 1年 | 処方終結 | ... |
|------------|------|-----|-----|-----|------|----|------|-----|
| 症状         |      |     |     |     |      |    |      | ... |
| 服薬         |      |     |     |     |      |    |      | ... |
| ... (下記参照) |      |     |     |     |      |    |      | ... |

◎: とともよい    ○: よい    ×: よくない

**通信欄**  
精神科医→  
かかりつけ医

症状の特徴:

増悪時のサイン:

ご本人との約束事項:

どんな時に紹介が望ましいか:

**通信欄**  
かかりつけ医→  
精神科医

精神科受診依頼ポイント:  
(増量・減量・変更・他)

**裏表紙**  
(必要であれば追加)

作成者

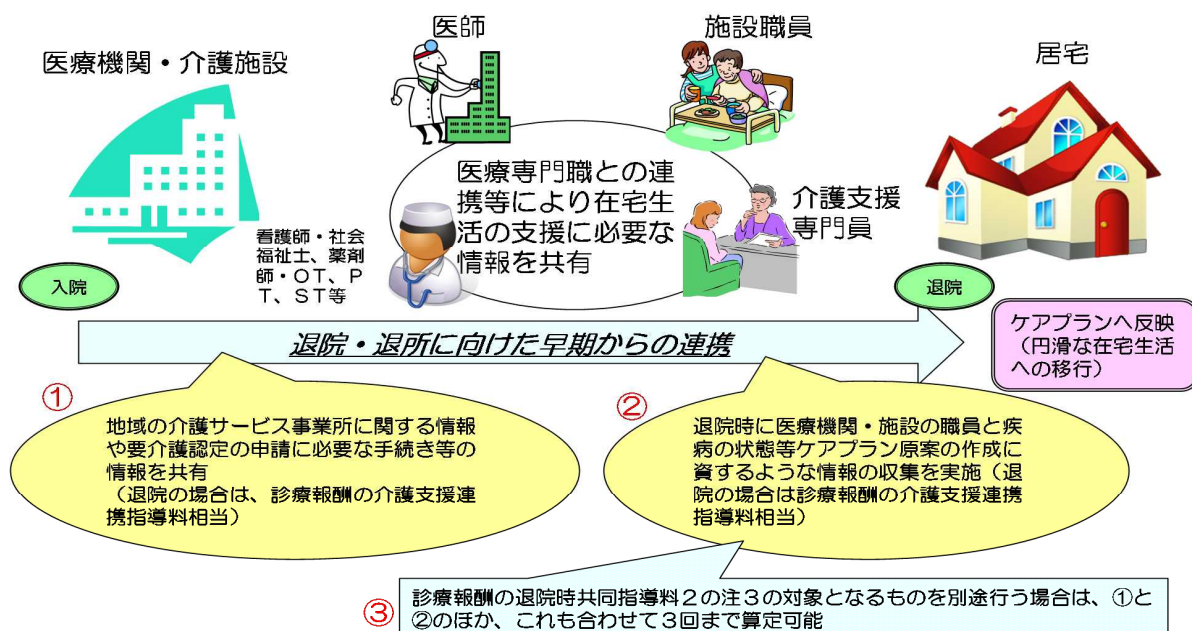
※生活能力・身体評価: 精神状態、症状管理、服薬管理、睡眠コントロール、食事、清潔、金銭管理、対人関係、疼痛、活動意欲

# 地域移行に関する主な診療報酬(精神科関係)

|                     | 要件   | その他                                 | 点数   |
|---------------------|--|-------------------------------------|------|
| 精神科退院指導料            | ・精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士が共同する<br>・必要に応じ、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所と連携  | 退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定 | 320点 |
| 精神科地域移行支援加算         | 上記条件で入院期間が1年以上の者   | 上記条件で入院期間が1年以上の者                    | 200点 |
| 精神科退院前訪問指導料         | ・医師の指示の元、看護師、作業療法士、精神保健福祉士でも可<br>・必要に応じ、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所と連携   | 円滑な退院のため、退院後の療養上の指導を行う              | 380点 |
| 精神科地域移行実施加算         | 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者について、所定点数に加算する |                                     | 10点  |
| 精神療養病棟入院料における退院調整加算 | 退院支援部署による支援で退院した場合の評価  |                                     | 500点 |
| 認知症治療病棟入院料退院調整加算    | 退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う                                |                                     | 300点 |
| 認知症療養指導料            | 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価   |                                     | 350点 |

## 介護保険の医療との連携を評価する加算の概要

- 医療との連携を強化する観点から、介護支援専門員が医療機関に訪問して情報提供した場合等や在宅患者緊急時等カンファレンスに参加した場合に評価を行う。
- ・ 入院時情報連携加算(Ⅰ) 200単位(医療機関に訪問して情報提供した場合)
  - ・ 入院時情報連携加算(Ⅱ) 100単位(上記以外の場合)
  - ・ 退院・退所加算 300単位(入院等期間中3回まで)
  - ・ 緊急時等居宅カンファレンス加算 → 200単位(月2回まで)



※退院時共同指導料2 注3 (抄)  
 入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に所定点数に加算する。